

## SOLICITUD PARA BÚSQUEDA DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Este documento y cualquier expediente adjunto son confidenciales y destinados exclusivamente para el uso de la persona o entidad a la que van dirigidas. Si usted ha recibido esta información por error, avísele al remitente y destruya la información. La información contenida en el Registro Central del Departamento de Seguridad de Niños de Arizona (ADCS, por sus siglas en inglés) y cualquier documento adjunto habrán de usarse como un factor para determinar las cualificaciones para las personas que solicitan contratos con este estado, las cuales incluyen los empleados del posible contratista, contratistas y subcontratistas para puestos que proporcionan servicios directos a los niños.

**La información contenida en el Registro Central y cualquier documento adjunto son confidenciales y no habrán de divulgarse o compartirse más a fondo. NOTA ESPECIAL: Con el fin de satisfacer los requisitos de confidencialidad, este documento sólo puede llenarse por ya sea el propietario o la persona responsable de la contratación del personal y voluntarios para este establecimiento. LLENE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN. Todos los campos aplicables deben completarse de manera precisa y legible.**

Nombre del proveedor o contratista: \_\_\_\_\_

ID de proveedor (Asignado por DES): \_\_\_\_\_

Núm. de centro autorizado: CDC \_\_\_\_\_ Núm. de hogar comunitario certificado: SGH \_\_\_\_\_

Número de seguimiento: \_\_\_\_\_

*(Debe proporcionar su número de seguimiento único. Este número se usará para identificar y seguir este documento y las personas vinculadas a el.)*

Número de contrato de CCA: SX (Asignado por DES) \_\_\_\_\_

**Marque una:**

Contrato nuevo    Contratación de empleado nuevo    Hogar certificado por CCA    Hogar registrado con CCR&R

Número de teléfono (Incluya el código de área): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Los resultados se enviarán a esta dirección): \_\_\_\_\_

Dirección postal (Núm., Calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Solicitante autorizado (En letra de molde/A máquina): \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

ENVÍE SU SOLICITUD LLENADA MEDIANTE UNO DE LOS MÉTODOS SIGUIENTES:

**Por fax a:** CCA BACKGROUND CHECKS (602) 542-8436

**Por correo electrónico (seguro) a:** [CCACentralRegistry@azdes.gov](mailto:CCACentralRegistry@azdes.gov)

**Los resultados de esta revisión se:**

1. ENVIARON POR CORREO ELECTRÓNICO a la dirección anterior indicando que una o más personas en la solicitud no pudieron ser procesadas con la información proporcionada; o
2. ENVIARON POR CORREO ELECTRÓNICO a la dirección anterior si se han aprobado todos los nombres; o
3. ENVIARON POR CORREO ELECTRÓNICO a la dirección anterior con información acerca de las personas que tienen un hallazgo corroborado de abuso o negligencia infantil; y
4. ENVIARON POR CORREO POSTAL a la persona que tiene un hallazgo corroborado que lo descalifica de brindar servicios directos a niños.

**FOR INTERNAL USE ONLY (Sólo para uso interno)**

Date of Search: \_\_\_\_\_ Number of Names Checked: \_\_\_\_\_

Name of Person Completing Checks: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA BÚSQUEDA  
DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES***(Todos los campos deben llenarse de manera precisa y legible)***INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF	Rpt No: _____	Signature of Person Completing Search: _____
ND	Char Code: _____	
DISQ	_____	
EXC	Part ID: _____	

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF	Rpt No: _____	Signature of Person Completing Search: _____
ND	Char Code: _____	
DISQ	_____	
EXC	Part ID: _____	

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA BÚSQUEDA  
DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES***(Todos los campos deben llenarse de manera precisa y legible)***INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF	Rpt No: _____	Signature of Person Completing Search: _____
ND	Char Code: _____	
DISQ	_____	
EXC	Part ID: _____	

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF	Rpt No: _____	Signature of Person Completing Search: _____
ND	Char Code: _____	
DISQ	_____	
EXC	Part ID: _____	

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA BÚSQUEDA DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

*(Todos los campos deben llenarse de manera precisa y legible)*

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino        Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No        Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí:    *Estado:* \_\_\_\_\_    *Mes/Año:* \_\_\_\_\_

*Estado:* \_\_\_\_\_    *Mes/Año:* \_\_\_\_\_

*Estado:* \_\_\_\_\_    *Mes/Año:* \_\_\_\_\_

### FOR INTERNAL USE ONLY (*Search Results*) - (*Sólo para uso interno*)

DCS Central Registry		
NF ND DISQ EXC	Rpt No: _____ Char Code: _____ Part ID: _____	Signature of Person Completing Search: _____

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino        Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No        Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí:    *Estado:* \_\_\_\_\_    *Mes/Año:* \_\_\_\_\_

*Estado:* \_\_\_\_\_    *Mes/Año:* \_\_\_\_\_

*Estado:* \_\_\_\_\_    *Mes/Año:* \_\_\_\_\_

### FOR INTERNAL USE ONLY (*Search Results*) - (*Sólo para uso interno*)

DCS Central Registry		
NF ND DISQ EXC	Rpt No: _____ Char Code: _____ Part ID: _____	Signature of Person Completing Search: _____

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA BÚSQUEDA  
DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES***(Todos los campos deben llenarse de manera precisa y legible)***INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF	Rpt No: _____	Signature of Person Completing Search: _____
ND	Char Code: _____	
DISQ	Part ID: _____	
EXC		

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF	Rpt No: _____	Signature of Person Completing Search: _____
ND	Char Code: _____	
DISQ	Part ID: _____	
EXC		

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA BÚSQUEDA  
DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES***(Todos los campos deben llenarse de manera precisa y legible)***INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF ND DISQ EXC	Rpt No: _____ Char Code: _____ Part ID: _____	Signature of Person Completing Search: _____
-------------------------	---	---

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF ND DISQ EXC	Rpt No: _____ Char Code: _____ Part ID: _____	Signature of Person Completing Search: _____
-------------------------	---	---

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA BÚSQUEDA  
DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES***(Todos los campos deben llenarse de manera precisa y legible)***INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF ND DISQ EXC	Rpt No: _____	Signature of Person Completing Search: _____
	Char Code: _____	
	Part ID: _____	

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA**Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_Alias (*Nombres previamente usados*): \_\_\_\_\_Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*): \_\_\_\_\_

Sexo:    Masculino    Femenino

Dirección Actual (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido las persona en otro estado(s) en los últimos cinco (5) años?    No    Sí

Si contestó "Sí", indique el Estado y el último mes/año de residencia allí: *Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_*Estado:* \_\_\_\_\_ *Mes/Año:* \_\_\_\_\_**FOR INTERNAL USE ONLY (Search Results) - (Sólo para uso interno)****DCS Central Registry**

NF ND DISQ EXC	Rpt No: _____	Signature of Person Completing Search: _____
	Char Code: _____	
	Part ID: _____	

## LEYES DE DESCALIFICACIÓN

Se le descalifica a una persona de prestar servicios a los clientes del ADES en un puesto de servicio directo si se le identifica a él o ella como el sujeto de una denuncia corroborada por cualquiera de lo siguiente.

25 Lesiones que requieren atención médica de emergencia
27 Se sacude a un niño de 27 meses de edad (síndrome del bebé sacudido)
33 No se ha tratado una condición que pone en peligro la vida, Infant Doe (N.N.), retraso del desarrollo (FTT por sus siglas en inglés) exógeno
37 Daño inminente a un niño/a menor de seis (6) años de edad debido a la falta de supervisión por el padre o cuidador
38 Negligencia que resulta en una lesión o enfermedad que requiere atención médica de emergencia
39 Daño inminente a un niño debido a los riesgos de seguridad o de salud en el entorno de hogar/la exposición ambiental
40 Se le diagnostica como suicida al niño por los profesionales de la salud mental, el padre se negó a permitir el tratamiento
41 Evidencia física de abuso sexual denunciado por un médico o abuso sexual denunciado por un niño/a dentro de los últimos siete (41) días
42 Un niño/a que denuncia penetración vaginal o anal, o contacto sexual oral dentro de las últimas 42 horas y se ha examinado
43 Abandonado, ningún padre está dispuesto a proporcionar cuidado inmediato para un niño/a y el niño/a está con un cuidador que ahora no puede ni está dispuesto a proporcionar cuidado
45 Lesiones pueden requerir atención médica
46 Lesión P3 a un niño/a menor de seis años de edad
50 El entorno de vida presenta peligros de salud o de seguridad a un niño/a menor de los seis años de edad
51 Conducta sexual o lesión física entre niños/as debido a la supervisión inadecuada
54 Comportamiento sexual dentro de los últimos 8 a 14 días
55 Niño/a diagnosticado por un profesional de la salud mental con comportamiento coherente con el abuso emocional
56 Abandonado, ningún padre está dispuesto a cuidar de un niño/a, el cuidador no puede ni está dispuesto a cuidar de un niño/a menos de una semana
66 Retrasos significativos en el desarrollo debido a la negligencia
69 Intento de comportamiento sexual o comportamiento sexual desde 14 días hasta tres años o se desconoce el último incidente
72 El padre, tutor o guardián le insinúa o persuade al niño/a a que participe en conducta sexual, sin hacer contacto
76 El padre, tutor o guardián utiliza al niño/a para obtener beneficios materiales
82 El padre, tutor o guardián que anteriormente abuso sexualmente al niño/a, ahora está en el hogar con el niño/a
83 Intento de comportamiento sexual o comportamiento sexual cuando sucedió más de tres años la última vez
101 Muerte infantil debido a la negligencia
111 Muerte infantil debido al abuso físico o muerte sospechosa
201 Abuso físico, de alto riesgo
202 Abuso físico, de riesgo moderado
301 Negligencia, de alto riesgo
302 Negligencia, de alto riesgo
401 Abuso sexual, de alto riesgo
402 Abuso sexual, de riesgo moderado
402 Abuso sexual, de bajo riesgo
404 Abuso sexual, respuesta 4
501 Abuso emocional, de alto riesgo
502 Abuso emocional, de riesgo moderado

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.